



# ASSOCIATION DES MALENTENDANTS CANADIENS DEMANDE D'ADHÉSION

L'Association des malentendants canadiens (AMEC) est un organisme national d'entraide sans but lucratif, constitué par et pour des personnes malentendantes. L'AMEC coopère avec des professionnels, des fournisseurs de services et des organismes gouvernementaux, tout en communiquant à ses membres l'information sur les questions et les solutions concernant les personnes malentendantes et devenues sourdes. L'AMEC a besoin de votre aide pour préconiser des droits des personnes malentendantes et devenues sourdes. En devenant membre vous aidez les personnes malentendantes à avoir le droit d'être entendu!

Est-ce une nouvelle adhésion ? Oui ou Non (encercler la bonne réponse)

## Les catégories d'Adhésion

- Adhésion personnelle** pour toute personne intéressée aux objectifs de l'AMEC {30,00 \$}
- Adhésion étudiant** pour toute étudiant intéressée aux objectifs de l'AMEC {20,00 \$}
- Adhésion familiale** pour la famille intéressée aux objectifs de l'AMEC {40,00 \$}
- Adhésion pour un organisme** pour les groupes soutenant les objectifs de l'AMEC {300,00 \$}
- Adhésion pour un organisme sans but lucratif** pour les groupes sans but lucratif soutenant les objectifs de l'AMEC {120,00 \$}
- Adhésion à vie** pour ceux qui préfèrent investir à long terme pour appuyer les objectifs de l'AMEC {350,00 \$}

## Au sujet de vous

Prénom: \_\_\_\_\_

Formalité:  M.  Mlle

Mme

Nom: \_\_\_\_\_

Dr.

### Quel âge avez-vous?

- Moins que 18
- 19 à 24
- 25 à 34
- 35 à 44
- 45 à 54
- 55 à 64
- 65 à 74
- Plus de 75 ans

### Appartenez vous déjà à un secteur de l'AMEC?

Oui  Non

Si oui, quel secteur? \_\_\_\_\_

### Veillez nous fournir vos coordonnées:

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Téléphone/ATS: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Télécopieur: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Courrier électronique: \_\_\_\_\_

## Au sujet de votre déficience auditive

**Je suis une personne :**  Malentendante  Devenue Sourde  Sourde  Membre de famille d'une personne ayant une déficience auditive

**Type de déficience:**  Neuro-sensorielle (Perception)  Conductive (Transmission)  Mixte  Je ne sais pas  Autre: indiquez svp: \_\_\_\_\_

**Degré de déficience:**  Légère  Grave  Modérée  Profonde  Je ne sais pas

**Votre déficience est:**  Bilatérale  Unilatérale  Soudaine  Progressive

**Autre symptômes:**  Acouphène  Hyperacousie  Aucun  Maladie de Ménière  Neuroma acoustique  Autre, indiquez svp: \_\_\_\_\_

**Type de technologie utilisée:**  
 Appareil auditif contour d'oreille  Appareil auditif corporel  
 Implant cochléaire  Appareil auditif dans l'oreille (ITC or CIC)  
 Appareil auditif par ancrage osseux  Aucun  
 Autre (indiquez svp): \_\_\_\_\_

### Quels soutiens à la communication utilisez-vous?

ATS  Commande de volume de téléphone  Langage signé d'appui  
 Système infrarouge  Téléphone avec télécapteur  Lecture labiale  
 Système de FM  Chien pour malentendant  Recours à un ami ou un parent  
 Dispositif avertisseur  Sous-titrage d'émissions télévisées  Autre (indiquez svp): \_\_\_\_\_  
 Interprétation gestuelle  Prise de notes sur ordinateur  
 Interprétation orale  Sous-titrage en temps réel

## Paiement:

**Modalités de paiement:**  Chèque/Mandat  Visa  MasterCard  
**Quantité jointe:**  30,00\$  20,00\$  50,00\$  300,00\$  120,00\$  350,00\$

**No. de carte:** \_\_\_\_\_ **Échéance:** \_\_\_\_/\_\_\_\_

**Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

L'Association des malentendants canadiens s'engage à respecter et à protéger votre information personnelle. L'AMEC comprend l'importance de protéger vos renseignements personnels et donc nous ne vendrons pas ces informations. Vos informations personnelles seront utilisées uniquement pour les raisons se rapportant à votre adhésion à l'AMEC et votre abonnement à *Listen/Écoute*. Si vous acceptez que l'AMEC nationale partage vos informations personnelles avec les secteurs et chapitres de l'AMEC, s'il vous plait compléter la formule de consentement ci-dessous:

Oui! Je voudrais participer et recevoir des bulletins de secteur et de chapitre de l'AMEC et donc je consens que l'AMEC partage mon nom et informations personnelles avec les secteurs et chapitres de l'AMEC.

**Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

Veuillez noter que la participation dans les secteurs et chapitres de l'AMEC peut entraîner des frais supplémentaires pour soutenir leurs services. Veuillez entrer en contact avec votre secteur local pour des informations supplémentaires à ce sujet.